DISSERTATION

N° 244.

SUR LES

ANÉVRYSMES DE L'AORTE EN GÉNÉRAL.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JULES GUIONIS, de Doué,

Département de Maine-et-Loire;

Ancien Élève des hôpitaux civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Examinateur.*
Briquet.	Martin Solon, *Examinateur.*
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Suppléant.*
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

ET

A MA MÈRE.

J. GUIONIS.

DISSERTATION

SUR LES

ANÉVRYSMES DE L'AORTE EN GÉNÉRAL.

PREMIÈRE PARTIE.

Description de l'aorte.

Tronc commun des artères qui se ramifient et se distribuent dans toutes les parties du corps, l'aorte naît de la base du cœur gauche, qui a reçu de là le nom de *cœur aortique.*

De toutes les descriptions relatives à son origine, celle donnée par *Béclard* est la plus claire, et surtout la plus exacte. Le contour de l'orifice ventriculaire est garni d'une espèce d'anneau tendineux, qui sépare les fibres charnues du tissu propre de l'artère. Au niveau des valvules sygmoïdes, la membrane moyenne forme trois festons, dont le sommet vient s'insérer sur l'anneau tendineux du ventricule, et dont les intervalles triangulaires, très-marqués, sont remplis par des

portions fibreuses. L'insertion de l'aorte au cœur est fortifiée par la membrane interne, qui, de la cavité ventriculaire, se porte dans le vaisseau et le tapisse, et par le tissu fibro-celluleux dense, qui constitue la membrane externe, et qui, après s'être appliquée à l'interne, dans l'intervalle du tissu propre, se fixe à l'anneau tendineux, sans avoir d'ailleurs la moindre continuité avec les fibres charnues.

Le rapport d'origine de l'aorte avec les diverses parties de la base du cœur est important à établir. La disposition croisée des ventricules fait que ce vaisseau, quoique émergeant du ventricule gauche, est cependant d'abord tout à fait à droite, au point qu'il touche l'oreillette de ce côté et avoisine la veine-cave supérieure. L'inspection anatomique, aidée d'une soigneuse dissection, démontre encore qu'en ce point l'artère pulmonaire n'a pas avec l'aorte la relation qu'on lui accorde dans la plupart des ouvrages d'anatomie. Ce n'est point le tronc pulmonaire qui traverse la direction de l'aorte et lui est contigu, mais bien le ventricule droit lui-même, qui se prolonge en appendice canaliculé dans la longueur de plus d'un demi-pouce, avant de produire l'artère. *Mékel* a noté ce fait, et pour peu qu'on recherche avec quelque attention, on est convaincu de son exactitude.

Née du ventricule gauche, l'aorte continue de se porter à droite et en avant; en même temps elle s'élève, et après un pouce environ de trajet, elle atteint le niveau de la troisième ou quatrième vertèbre dorsale; puis elle se recourbe de droite à gauche, et d'avant en arrière, passe obliquement au devant de la colonne vertébrale, et, se recourbant de nouveau de haut en bas, elle descend verticalement dans le thorax jusqu'au bas de cette cavité. Là, elle pénètre dans l'abdomen, en traversant l'écartement inférieur des piliers du diaphragme; et se rapprochant de la ligne médiane, elle se continue, toujours accolée à la colonne vertébrale, jusqu'à la quatrième ou cinquième vertèbre lombaire, où elle se termine en donnant naissance aux deux artères iliaques primitives.

Ce n'est pas seulement à son origine au cœur que l'aorte a des rapports qu'il importe de connaître; les organes nombreux qu'elle

rencontre dans son trajet doivent être indiqués avec la plus grande précision. La division de l'aorte en plusieurs parties facilite cette étude, et quoique entièrement artificielle, elle est à cet égard du plus grand avantage.

Depuis sa naissance jusqu'au moment où elle touche le côté gauche de la colonne vertébrale, l'aorte est recourbée en arc (*arcus aortæ*). Cette première portion a reçu le nom de *crosse*. J'ai déjà dit quels étaient, en avant et près du cœur, ses rapports avec l'origine de l'artère pulmonaire, l'oreillette droite et la veine-cave supérieure. Tout à fait en avant et en haut, la veine sous-clavière gauche touche le sommet de la courbure et doit, sur le vivant, quand le sang la remplit, s'avancer plus ou moins sur elle. Du tissu cellulaire, et dans le bas âge le thymus, séparent la crosse de l'aorte du sternum et complètent ses rapports antérieurs.

Si on examine ses rapports en arrière, on voit d'abord près du cœur l'oreillette gauche et la branche droite de l'artère pulmonaire; plus haut la trachée, et enfin le corps de la troisième et quatrième vertèbres dorsales.

La concavité de la crosse de l'aorte embrasse la bronche gauche et la branche correspondante de l'artère pulmonaire. Un rapport qu'il ne faut pas oublier dans ce point, c'est celui du nerf de la huitième paire, et surtout du récurrent qui contourne l'artère, et l'entoure en demi-anneau.

Jusqu'à plus d'un pouce de hauteur, l'aorte, en partant du cœur, se trouve enveloppée du péricarde, dont la membrane séreuse se réfléchit sur elle, en donnant lieu à un cul-de-sac, dans lequel on rencontre les oreillettes droite et gauche, l'origine des branches de division de l'artère pulmonaire et la veine-cave supérieure.

Dans la poitrine, l'aorte se place dans le médiastin postérieur, sur le côté gauche de la colonne dorsale, et se trouve en rapport en avant, d'abord avec la bronche gauche, ensuite avec le péricarde, enfin tout à fait en bas, avec l'œsophage. En arrière, elle appuie sur le corps

des vertèbres ; à droite sont, l'œsophage, le canal thoracique et la veine azygos ; à gauche, le poumon et la plèvre correspondante.

Arrivée au bas de la poitrine, l'aorte, avant de traverser les piliers du diaphragme, se trouve, dans l'étendue de plus de trois pouces, cachée par les faisceaux de ces piliers. Cette portion de l'artère n'a été signalée, que je sache, dans aucun auteur; cependant, comme on le verra plus loin, sa considération est majeure; elle peut, en effet, devenir le siége d'un anévrysme.

Après avoir parcouru ce trajet, cachée et enveloppée en quelque sorte par les fibres des piliers du diaphragme, l'aorte se dégage dans leur écartement et apparaît dans l'abdomen. Comme il a été dit, elle se rapproche alors de la ligne médiane. Devant elle se rencontrent successivement l'estomac, le pancréas, le duodénum, la veine rénale gauche, l'intestin grêle et le mésentère; à droite est la veine-cave inférieure.

L'aorte n'est point d'un calibre uniforme dans toute son étendue, mais elle diminue de capacité jusqu'à sa terminaison, de manière à représenter un cône à base supérieure. Immédiatement après son origine, elle se dilate toujours dans trois points correspondans aux valvules sygmoïdes. *Valsalva* a donné à ces dilatations le nom de *petits sinus*. Plus haut, la dilatation recommence; chez certains vieillards, elle est considérable, c'est le *grand sinus* de la crosse.

Dans certains cas, l'origine de l'aorte forme un véritable collet, une sorte d'étranglement. Cette disposition, quand elle est très-prononcée, doit être rapportée à un vice de conformation. Ainsi, deux fois M. *Andral* a vu l'orifice ventriculo-aortique si étroit, qu'il n'admettait pas le petit doigt; immédiatement au-dessus l'artère reprenait ses dimensions normales. Chez trois autres sujets, observés encore par M. *Andral*, l'aorte était non-seulement étroite à son origine, mais encore dans toute son étendue.

Une partie de l'anatomie de l'aorte qui a été négligée, et qui cependant mérite de fixer l'attention, c'est tout ce qui a rapport à l'as-

pect de sa surface interne, et notamment à la disposition des divers orifices des branches qui en naissent.

La surface interne de l'aorte est, dans l'état le plus normal, parfaitement blanche, lisse et polie. Si on promène le doigt sur elle, la sensation est la même que quand on touche une membrane séreuse; une humidité très-ténue la lubrifie. En même temps on remarque de nombreuses ouvertures; pour la plupart elles sont très-petites, d'autres sont assez larges. Disposées généralement par paires, sur une ligne horizontale, les ouvertures les plus petites, qui correspondent aux artères intercostales et lombaires, occupent la partie la plus postérieure. Les deux séries verticales qu'elles forment de chaque côté se rapprochent de haut en bas, de façon que les dernières intercostales et les lombaires se touchent presque en ce point dans chaque paire.

A la crosse on voit, très-voisins les uns des autres et disposés suivant une ligne oblique d'avant en arrière et de haut en bas, les orifices des branches qui constituent par leur groupe ce qu'on a appelé l'*aorte ascendante*, savoir le tronc innominé, la carotide et la sous-clavière gauches. Plusieurs orifices irrégulièrement distribués correspondent encore, dans la portion thoracique, aux artères bronchiques, œsophagiennes et médiastines; dans la portion abdominale se trouvent en avant, l'orifice du tronc cœliaque, quelques lignes au-dessous, celui de la mésentérique supérieure, puis plus bas l'orifice de l'inférieure. Latéralement s'ouvrent les orifices des deux artères rénales, ceux, très-petits, des capsulaires moyennes et des spermatiques; enfin tout à fait en bas, dans l'embranchement des iliaques primitives, est l'ouverture de l'artère sacrée moyenne.

Tous ces orifices vasculaires présentent dans un point de leur circonférence une saillie anguleuse, un éperon plus ou moins prononcé. Presque nuls pour les artères intercostales et lombaires, et même les rénales, ces éperons sont prononcés aux orifices des artères innominée, carotide et sous-clavière gauches. Ils sont également marqués aux artères cœliaque et mésentérique. Mais c'est à l'origine des iliaques primitives que l'éperon offre la saillie la plus considérable.

La structure de l'aorte est celle des artères en général. La membrane externe présente seulement cela de particulier, qu'elle est à la fois moins prononcée et moins résistante que dans le reste du système artériel. Près du cœur, la partie fibreuse du péricarde s'avance assez loin sur la crosse, et la fortifie. La gaîne celluleuse, nulle d'abord dans toute la portion de l'aorte sur laquelle se réfléchit la séreuse du péricarde, est encore peu prononcée sur la crosse, mais elle devient abondante dans le médiastin et surtout dans le ventre. Dans cette dernière région, une grande quantité de graisse remplit, en outre, ses aréoles.

L'épaisseur des parois de l'aorte est, proportionnément, bien moindre que celle des parois de ses branches. Elle n'est pas, d'ailleurs, la même dans tout son trajet; elle est plus faible à son origine qu'à la crosse, et dans celle-ci elle est plus grande à la convexité qu'à la concavité. *Haller* dit que la différence est d'un huitième; l'épaisseur diminue ensuite par degrés. Cependant l'aorte ne paraît pas perdre en même temps sa résistance. *Wintringham* a même trouvé que cette résistance était plus grande à sa partie inférieure qu'auprès du cœur.

L'anatomie de l'aorte, pour être complète, exigerait encore beaucoup de détails relatifs spécialement à son développement. Mais mon but est ici surtout l'histoire de l'anévrysme, et je dois me borner à ce qui se rattache plus immédiatement à mon sujet.

DEUXIÈME PARTIE.

Anévrysmes de l'aorte.

Malgré l'opinion de *Scarpa*, fortifiée par celle d'*Hodgson*, le plus grand nombre des médecins, en France au moins, admettent toujours l'ancienne division des anévrismes en *vrais* et *faux*.

De toutes les artères du corps, l'aorte est celle qui présente le plus fréquemment l'anévrysme *vrai;* toutefois l'anévrysme *faux* y est encore plus commun, soit qu'il se déclare primitivement, soit qu'il succède au *vrai*.

Pour traiter aussi exactement que possible l'histoire des anévrysmes de l'aorte, je considérerai successivement, 1°. les caractères anatomiques; 2°. les symptômes ou troubles fonctionnels, soit locaux, soit généraux; 3°. la marche de la maladie et ses terminaisons; 4°. avant d'en venir au traitement, j'examinerai quelques-unes des principales causes auxquelles on attribue sa production; 5°. enfin, j'aborderai le traitement.

1°. *Anatomie pathologique.*

A. *Anévrysmes vrais, ou par dilatation de toutes les membranes.* La dilatation peut être *générale* ou *partielle. Scarpa*, et après lui *Hogdson*, ont rejeté complètement des anévrysmes la dilatation générale. Les principaux argumens qu'ils aient présentés pour soutenir leur opinion, sont tirés de l'état du sang, qui ne se coagulerait pas dans les tumeurs, et continuerait de circuler en les traversant librement; mais les faits sont venus démentir ces conclusions trop hâtives. M. *Breschet* a, dans la traduction du traité d'*Hogdson*, publié un

exemple remarquable de dilatation, qui met en toute évidence la possibilité de cette variété de l'anévrysme. L'aorte abdominale était dilatée dans toutes ses membranes, et avait le volume de la tête d'un adulte; d'épaisses couches de coagulum lamelleux remplissaient la poche. Le sujet de cette observation était une femme.

Depuis, de nouveaux faits semblables et tout aussi concluans ont été recueillis.

Si l'on examine l'état des membranes artérielles ainsi affectées de dilatation générale, on observe le plus communément des altérations très-marquées. Ces altérations consistent généralement en un dépôt de phosphate calcaire dans le tissu cellulaire, intermédiaire aux membranes interne et moyenne. Les lames que forme cette matière sont quelquefois encore recouvertes de la tunique interne, dont l'aspect velouté est facile à distinguer; d'autres fois les lames ont déchiré la membrane, et font saillie dans l'intérieur de l'artère.

Le dépôt de phosphate calcaire, quoique la plus commune des altérations, n'est pas la seule qu'on rencontre; on voit assez souvent en même temps une matière qu'on a désignée sous le nom de *dégénération athéromateuse;* c'est une espèce de pus concret. La membrane interne, au niveau, est soulevée tantôt sous forme de plaques, tantôt sous forme de tubercules ou de pustules; quelquefois c'est au centre de cette matière que se trouve la substance calcaire.

Une autre altération consiste dans la conversion de la membrane interne en une substance molle et pulpeuse; c'est la *dégénération stéatomateuse* de *Scarpa*. Cette altération est rare dans les dilatations.

Diverses apparences morbides peuvent encore se rencontrer. Ainsi la membrane épaissie ressemble quelquefois à un cartilage ou à l'enveloppe péritonéale d'un ancien sac herniaire. Dans ce cas, il n'est pas facile de la reconnaître; mais comme des plaques calcaires coexistent à peu près constamment, ainsi que le fait remarquer *Hogdson*, on ne peut douter que ce soit elle. En effet, a dit *Bichat*, analogie d'affection indique analogie de structure.

Dans d'autres cas, enfin, la dilatation existe sans la moindre altération appréciable.

Quand des lésions de tissu sont manifestes, on conçoit qu'elles aient influé sur la dilatation contre nature, en diminuant la force de résistance, et en détruisant l'élasticité des parois artérielles ; mais quand tout semble intact, on a peine à se rendre compte de ce phénomène. On a voulu en trouver l'explication dans une inflammation circonscrite : il est probable que, dans beaucoup de cas, c'est en effet à cette cause qu'il faut l'attribuer. Ceci se comprend mieux qu'une prétendue paralysie de la membrane moyenne.

Dilatations partielles. *Scarpa* ne les admet pas plus parmi les anévrysmes que les dilatations générales. *Hogdson*, au contraire, semble les reconnaître comme appartenant à cette affection; il dit du moins formellement qu'elles peuvent en être les premiers rudimens. *Scarpa*, il est vrai, dit aussi que très-souvent une poche anévrysmale est entée sur une de ces dilatations latérales; mais l'anévrysme n'a commencé pour lui qu'au moment où le sang a passé sous la tunique externe. Tout ce que j'ai exposé plus haut sur les raisons tirées de l'état du sang, et qui prouve l'existence des anévrysmes vrais par dilatation générale, peut être rapporté aux dilatations partielles. La stagnation du sang, et par suite la formation de couches de coagulum lamelleux dans la poche, établissent une analogie encore plus parfaite entre ces dilatations partielles, et les anévrysmes par destruction des tissus internes de l'artère. Les lésions concomitantes des membranes sont aussi les mêmes que dans les dilatations générales; de même aussi il peut n'y avoir pas la moindre altération apparente.

B. *Anévrysme faux ou avec destruction des membranes interne et moyenne.* M. *Breschet*, absolument opposé à *Scarpa*, voudrait qu'on ne reconnût pour anévrysmes que les dilatations de l'artère. Les anévrysmes faux trouveraient, suivant lui, leurs places parmi les plaies; les transformations stéatomateuses avec effusion du sang parmi les

dégénérescences de tissu ; l'ulcération arrondie, comme pratiquée avec un emporte-pièce, serait comparée aux perforations spontanées.

Vésale est le premier qui ait fait anatomiquement l'histoire d'un anévrysme par rupture de l'aorte dilatée. Les travaux subséquens de *Sennert*, *Elsner*, *Sylvaticus*, *Séverin*, *Fabrice de Hilden*, *Paul Barbette* et autres, établirent universellement la déchirure préalable de l'artère dans l'anévrysme. *Fernel* dit ensuite que cette affection n'était qu'une dilatation analogue à celle des veines dans les varices. *Forestier* et *Diemerbroeck* posèrent les mêmes principes.

Lancisi, *Freind*, *Guattani*, *Morgagni*, adoptèrent des opinions mixtes. Enfin, *Scarpa* rappela les idées de *Senner*, et distingua d'une manière tranchée la dilatation de l'anévrysme.

La dilatation, ou anévrysme vrai, peut exister, comme on l'a vu, sans altération marquée des parois artérielles. L'anévrysme faux, au contraire, ne se rencontre jamais sans que cette altération soit prononcée.

Les lésions organiques qui affectent les parois de l'aorte peuvent amener la déchirure ou l'ulcération de la membrane interne. Mais cette ulcération peut aussi être primitive ; alors elle affecte quelquefois une forme exactement arrondie, et se rapproche des perforations spontanées de l'estomac, du cœur, etc. Dans d'autres cas, elle semble être le résultat d'une infection générale par un virus, le vénérien par exemple.

Quoi qu'il en soit, la destruction de la membrane interne opérée, le sang se trouve en contact avec la membrane moyenne, celle-ci cède et se rompt, alors le sang soulève la membrane externe, la distend, et constitue la tumeur. Mais en même temps que cette progression de la maladie a lieu, les parties voisines irritées sécrètent une lymphe plastique qui imprègne le tissu cellulaire. Ce tissu, induré, double la membrane externe, et joue le plus grand rôle dans la limitation de l'épanchement du sang.

Corvisart admettait comme cause de l'anévrysme la dégénération

tuberculeuse des parois de l'artère. La perforation du vaisseau avait lieu, de cette manière, de dehors en dedans, et la poche anévrysmale précédait en quelque sorte l'épanchement sanguin. Un fait recueilli par M. *Cruveilhier*, et publié dans les bulletins de la société anatomique, tend à prouver que ce mécanisme est possible dans quelques cas. Ce n'est pas d'ailleurs la seule cause qui puisse ainsi amener la destruction de l'artère de dehors en dedans. Un cancer, après avoir détruit l'estomac, a corrodé l'artère coronaire, et donné lieu à une hématémèse mortelle. Une destruction cancéreuse du pancréas a produit le même résultat sur l'artère splénique.

Quant à l'inflammation des parties environnantes, son influence sur les parois artérielles, est prouvée par beaucoup de faits. M. *Dupuytren* professe qu'une artère dans un point du corps où existe une suppuration, s'enflamme aisément et éprouve bientôt un ramollissement, par suite duquel elle devient, suivant son expression, *facilement secable*. Cependant d'autres faits non moins certains, démontrent que cela n'arrive pas toujours ainsi. *Béclard*, dans un cas d'érysipèle phlegmoneux qui avait envahi la cuisse et la paroi antérieure de l'abdomen, et par suite duquel on voyait battre l'artère iliaque externe au fond d'une large plaie, a expérimenté, après la mort du malade, que le vaisseau avait conservé toute sa résistance, et ne cédait pas aux ligatures le plus fortement serrées. (Dissert. inaug., par *P.-H. Bérard.*)

Etat du sang dans les poches anévrysmales. Le sang est rarement à l'état liquide, dans les poches des anévrysmes. Cependant cela se voit, et cette année, à la clinique de M. *Chomel*, un malade en a présenté un exemple remarquable. Un énorme anévrysme existait à la crosse de l'aorte. Malgré le traitement le plus énergique, il s'est ouvert dans la poitrine, il n'y avait pas le moindre caillot dans le sac.

Presque constamment des caillots remplissent ce sac, et leur arrangement est important à connaître. Ce ne sont point des caillots mous, noirâtres, analogues à une gelée de groseille, tels enfin qu'on les

trouve dans le sang extrait des veines, ou stagnant dans les vaisseaux sur les cadavres. Ils sont composés de couches lamelleuses et concentriques, dont les plus extérieures, celles qui touchent la face interne du sac, ont une consistance fibreuse et une couleur d'un gris rougeâtre. Les couches, en se rapprochant du centre, perdent successivement de leur fermeté et de leur apparence organisée. Tout à fait au centre, les caillots ne forment plus que quelques grumeaux en contact immédiat avec le sang en circulation. Quelquefois ces masses de coagulum lamelleux ont un volume considérable, et présentent, quand on les incise, l'aspect et les caractères d'un tissu tout à fait charnu. On observe en même temps une matière lymphatique plus ou moins épaisse qui s'interpose dans la trame des couches superficielles, et unit ces couches au sac.

État des vaisseaux collatéraux. Les vaisseaux qui avoisinent l'anévrysme ont conservé leur perméabilité, ou bien sont oblitérés. Le mécanisme de cette oblitération n'est pas le même dans tous les cas.

La pression exercée par la tumeur anévrysmale empêche ou retarde la circulation dans les branches voisines. Bientôt la stagnation du sang amène la coagulation, une lymphe plastique, résultat de l'irritation de la surface interne, se mêle aux caillots, et l'obstruction complète s'opère. On a vu cette obstruction dans toute l'étendue des carotides, déterminée ainsi par la pression d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Mais ce mode d'oblitération n'est pas le seul, et dans un Mémoire que M. *Bérard* aîné vient de publier (*voy.* Arch., n°. d'août 1830), et dont il a bien voulu me communiquer un extrait, on peut voir qu'il en existe un autre qui n'avait pas encore été signalé. On a donné comme preuve de la dilatation de toutes les membranes artérielles dans certaines tumeurs anévrysmales l'origine des branches à la surface même de la tumeur. D'un autre côté, on lit dans tous les auteurs que ces branches, en entretenant dans le sac la circulation du sang,

étaient souvent un obstacle à la guérison; mais d'une part, cette origine des branches artérielles à la surface des tumeurs anévrysmales ne prouve nullement la dilatation de toutes les membranes du vaisseau ; et d'autre part, le plus constamment oblitérées, elles ne devront être que très-rarement un obstacle à la guérison. Voici de quelle manière M. *Bérard* explique le fait, appuyé d'ailleurs sur des observations recueillies en grand nombre, et spécialement sur un cas d'anévrysme prétendu du tronc cœliaque, qu'il avait sous les yeux au moment où il écrivait.

« On conçoit, dit M. *Bérard,* que quand une artère éprouve une simple dilatation de ses trois tuniques, les vaisseaux qui en naissent conservent avec le tronc principal le même rapport d'origine qu'ils avaient auparavant, à quelque degré même que soit portée la dilatation; mais, dans les cas les plus ordinaires, les tuniques interne et moyenne s'éraillent, se déchirent, le sang passe sous la tunique externe et la convertit en une poche placée sur le côté du vaisseau, et communiquant avec lui par un orifice de forme et de dimension variables, comment se fait-il que des artères soient implantées sur ces kystes latéraux? Examinons d'abord le cas où il s'en trouve une seule. Admettons que les tuniques interne et moyenne de l'aorte deviennent le siége d'altérations organiques autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure; que, par les progrès du mal, elles soient déchirées, détruites, l'artère mésentérique ne tiendra plus à l'aorte que par la membrane celluleuse ou externe qui passe de l'un à l'autre, cette portion celluleuse sera soulevée par l'effort du sang, de manière à former un petit sac latéral qui sera surmonté par l'artère mésentérique. Ce sac s'agrandira, pourra parvenir au volume du poing et au-delà ; alors, si l'on examine les parties, on verra qu'il est interposé à l'aorte et à l'artère mésentérique, et que cette dernière s'est trouvée transportée à trois ou quatre pouces du vaisseau qui lui donnait naissance, vaisseau auquel elle est encore unie par la membrane celluleuse qui forme les parois du sac anévrysmal. »

M. *Bérard* se rend compte, de la même manière, de l'implantation

de plusieurs branches sur un même sac. Ainsi, que l'altération organique qui précède l'anévrysme se soit développée dans une portion de l'aorte où plusieurs branches naissent rapprochées les unes des autres, à l'insertion du tronc cœliaque et de la mésentérique supérieure, par exemple, si la destruction des membranes internes comprend toute la portion de l'aorte dans laquelle ces artères sont inscrites, elles éprouveront toutes deux ce que la mésentérique a éprouvé seule dans le cas précédent; elles seront entraînées avec la tunique celluleuse, qui forme les parois de l'anévrysme; on ne les trouvera plus sur l'aorte, mais bien sur le sac; enfin, lorsque l'altération organique de l'artère sera assez étendue pour que la destruction des membranes internes comprenne toute la circonférence, et pour que l'anévrysme, au lieu de consister simplement en une poche latérale, représente une vaste ampoule interposée aux deux bouts du vaisseau, alors il est facile de concevoir que toutes les artères qui naissent dans l'intervalle du bout supérieur et de l'inférieur s'implanteront sur le sac anévrysmal, etc.

M. *Bérard* m'a montré la pièce anatomique sur laquelle il a basé les idées qu'on vient de lire : cette pièce a été présentée à la Société anatomique par M. *Bergeon*. Une tumeur un peu plus grosse qu'un œuf de poule s'élève de l'intervalle qui existe entre les piliers du diaphragme; l'aorte communique avec le sac par une ouverture ovalaire dont le grand diamètre est vertical et a un pouce et demi d'étendue, le diamètre transversal n'a qu'un pouce environ; l'intérieur de l'aorte n'offre plus les orifices ni du tronc cœliaque ni de la mésentérique supérieure : ces artères ont été transportées sur la tumeur, et sortent de sa partie antérieure.

Ces faits n'établissent pas seulement que des artères peuvent naître d'anévrysmes faux, ils fournissent encore des argumens contre l'opinion qui les admet comme un obstacle à la guérison. En effet, les couches de coagulum lamelleux, disposées dans le sac, bouchent complètement leur orifice et se prolongent même assez loin dans leur

intérieur. Cette remarque, que la théorie indique déjà, semble avoir échappé aux auteurs.

Il y aurait encore bien des choses à ajouter, dans cette partie de mon travail, sur les diverses formes qu'affectent les tumeurs; mais je craindrais de dépasser les bornes d'une dissertation inaugurale. Je me hâte donc d'aborder l'histoire des troubles fonctionnels.

Cependant, j'indiquerai encore les points du trajet de l'aorte où se rencontrent le plus ordinairement les anévrysmes : c'est dans le thorax, la crosse; et dans le ventre, les environs de l'origine du tronc cœliaque.

La portion de l'artère comprise dans la longueur des piliers du diaphragme, et en partie cachée par eux, peut aussi devenir anévrysmatique, ainsi que je l'ai déjà dit. M. *Bérard* en a donné aux cabinets de la Faculté un bel exemple; c'est à Angers qu'il l'a recueilli. La tumeur occupe la partie inférieure de la poitrine et la supérieure de l'abdomen : on en voit naître, 1°. trois branches qui partent de la cœliaque; 2°. la mésentérique supérieure; 3°. deux artères rénales.

Symptômes.

Les anévrysmes de l'aorte ne donnent le plus ordinairement lieu à des désordres très-marqués qu'à une époque déjà assez avancée de leur développement; il n'est pas même rare qu'ils amènent la mort sans avoir manifesté leur existence par aucun signe. D'autres fois les accidens qu'ils entraînent ne sont nullement caractéristiques, et peuvent même faire soupçonner toute autre affection; tel est le fait de l'anévrysme du tronc cœliaque rapporté par M. *Louis* dans son mémoire sur les perforations intestinales : une douleur vive et profonde dans la région de l'épigastre avait été le seul phénomène morbide qui l'ait annoncé. Quoi qu'il en soit, les symptômes varient suivant que l'anévrysme occupe la poitrine ou l'abdomen.

Anévrysmes thoraciques. Dans le principe, des battemens insolites

se font ressentir dans la poitrine : c'est, en général, le premier indice de l'anévrysme. *Laennec* avait essayé de caractériser ces battemens : ils sont simples, et ne peuvent être confondus avec ceux du cœur, toujours doubles, quelle que soit l'étendue de l'espace où on les perçoit. Des douleurs quelquefois aiguës traversent en même temps la poitrine, et se propagent aux membres supérieurs (angine de poitrine). Jusqu'à ce moment, y compris même le résultat de l'auscultation, que les battemens voisins du cœur, malgré ce qu'en a dit *Laennec*, peuvent singulièrement altérer, les troubles causés par les anévrysmes de l'aorte n'ont rien qui leur soit propre, et ne fournissent aucun trait pathognomonique. Mais à une époque plus avancée, quand la tumeur a acquis un volume suffisant pour gêner les poumons, ou comprimer la trachée, la respiration devient de plus en plus pénible, et la dyspnée s'accroît par accès analogues à ceux de l'asthme. Le bruit produit par l'air en traversant les conduits aériens resserrés, est également modifié; on entend un sifflement particulier.

M. *Chomel* a constaté l'absence complète du bruit respiratoire de tout un côté, dans un cas où une tumeur anévrysmale comprimait une bronche à son origine, et avait effacé entièrement sa cavité.

M. *Louis* a aussi signalé dans une de ses leçons, une cause de dyspnée que je ne sache pas qu'on ait encore remarquée; c'est la pression d'une tumeur de la crosse anévrymatique sur l'artère pulmonaire. Le sujet chez lequel M. *Louis* a fait cette observation, était affecté d'une dyspnée qui survenait par accès très-rapprochés. Dans l'intervalle, la respiration était assez libre. M. *Cruveilhier* a vu la voix très-altérée dans un cas où un anévrysme de la crosse de l'aorte comprimait le nerf récurrent.

Des troubles considérables de la circulation peuvent dépendre de la pression exercée par la tumeur sur la veine-cave supérieure, sur l'oreillette droite, et même sur les ventricules. Ce dernier effet a lieu lorsque l'anévrysme occupe l'aorte descendante, et s'étend jusqu'aux environs du diaphragme.

L'œsophage peut également être comprimé, et la déglutition

complètement empêchée; le malade alors court risque de périr d'inanition.

Dans le dernier degré de développement, la tumeur détermine l'érosion des os, et détruit non-seulement les vertèbres, mais encore le sternum et les côtes, la clavicule même, et vient faire saillie au-dehors en avant de la poitrine. Des battemens plus ou moins violens, isochrones à ceux du pouls éclairent sur sa nature. Alors, assez souvent les symptômes de dyspnée sont singulièrement amendés, ainsi que les autres désordres produits par la pression de la tumeur. A cette époque, il n'est plus guère possible de conserver des doutes sur l'existence de l'anévrysme. Cependant, on a vu des abcès de la poitrine, agité de battemens, communiqués par le cœur à la tumeur qu'ils formaient, simuler l'anévrysme. Un exemple des plus remarquables de cette espèce se trouve consigné dans une thèse, soutenue par M. *Dimbare*. (Faits et réflexions cliniques., Dissert., inaug., 19 avril 1825, n°. 67.)

D'autres fois la tumeur, ayant son siége à la crosse de l'aorte, s'élève au-dessus de la clavicule; cet os, en partie seulement détruit, étrangle le sac à sa partie moyenne, et une cause d'erreur grave peut en résulter. *Hogdson* a indiqué dans son traité des maladies des vaisseaux, que plusieurs chirurgiens, trompés par l'apparence, avaient cru, dans ces cas, à l'existence d'un anévrysme du tronc innonimé, ou de la carotide primitive, et se disposaient déjà à pratiquer la ligature entre la tumeur et le cœur (1).

---

(1) Pour préciser d'avantage ce qui a rapport à la saillie extérieure des anévrysmes de l'aorte, on peut dire que généralement, les anévrysmes de la partie ascendante se montrent à droite et en avant, ceux qui naissent de la portion descendante, à gauche et en arrière. Les tumeurs qui apparaissent au niveau des cartilages des cinquième et sixième côtes droites naissent de l'origine de l'aorte, celles qui se montrent au niveau des troisième et quatrième viennent de la partie antérieure de sa courbure, et celles qui proviennent de la partie la plus élevée de la crosse se montrent à la partie inférieure du cou.

Anévrysmes abdominaux. Les symptômes qui signalent ces anévrysmes sont plus faciles à saisir que ceux qui appartiennent aux anévrysmes thoraciques. La mollesse des parois abdominales en rend compte. Quel que soit l'endroit ou l'anévrysme se forme, il donne lieu dès le principe à une tumeur pulsative, au-devant de la colonne vertébrale ; les battemens deviennent de plus en plus forts et apparens, mais c'est à eux d'abord que se bornent les accidens. Plus tard, la tumeur finit par gêner les viscères, et, suivant sa situation, on voit survenir des vomissemens, des difficultés plus ou moins grandes à digérer, des coliques, quelquefois un lumbago. Par la pression qu'éprouve la veine-cave inférieure, des varices, des infiltrations peuvent se déclarer dans les membres inférieurs ; si ce sont les nerfs lombaires, des douleurs variées, et quelquefois la paralysie en sont le résultat.

Diagnostic différentiel. Les anévrysmes thoraciques, dont la saillie ne se prononce pas au-dehors, peuvent donner lieu à une infinité d'accidens propres à induire en erreur. La dyspnée l'altération de la voix, la toux, le sifflement de l'air en pénétrant dans la traché comprimée, ont fait croire à un asthme, à la phthisie, à l'œdème de la glotte, Dans quelques cas, les parois de la tumeur très-amincies, en contact avec la trachée également très-amincie, ont permis au sang de filtrer dans ce dernier conduit, et donné lieu ainsi à une expectoration sanguinolente qui, jointe à la matité du son dans le thorax, a simulé une pneumonie. A la clinique de M. *Louis*, on a observé un exemple de ce genre, et on peut en lire un tout semblable dans l'ouvrage de clinique de M. *Rostan.* Une femme, à peu près sexagénaire, accusait de la douleur au côté gauche et postérieur du thorax ; le son était mat, avec gêne de la respiration, toux, *du sang était mêlé aux matières expectorées.* Le pouls était en même temps fréquent et dur, peau chaude, soif vive; en un mot tous les signes d'une inflammation du poumon existaient. L'ouverture du cadavre a montré le poumon sain, et une tumeur énorme, formée par la dilatation de l'aorte, laquelle était remplie de concrétions fibrineuses.

Dans les cas les plus obscurs, quand on aura vu se développer par degrés des troubles variés de la respiration chez des individus qui n'offrent d'ailleurs aucun des signes qui caractérisent une maladie des poumons ou du cœur, si surtout alors il survient des modifications dans l'état du pouls des artères d'un bras, qui en même temps devient adèmateux ou variqueux, il est à peu près certain qu'une tumeur existe dans la poitrine. Or, sur dix tumeurs de ce genre, neuf sont anévrysmales.

J'ai déjà dit qu'il était en général facile de reconnaître un anévrysme dans l'abdomen. Cependant on les méconnaît quelquefois, et j'ai cité un fait de ce genre, indiqué par M. *Louis*. D'un autre côté, des pulsations insolites peuvent soulever la paroi abdominale, et n'être nullement dues à un anévrysme. Ainsi il n'est pas rare de voir, chez les personnes nerveuses, hystériques, et principalement chez les hypochondriaques, des battemens très-sensibles à la région épigastrique. Ces battemens reconnaissent pour cause la replétion de l'estomac par des gaz, et son soulèvement par l'impulsion du cœur ou même de l'aorte. Il en est de même des tumeurs diverses qui peuvent se développer dans le mésentère. Le plus ordinairement avec de l'attention, et en s'entourant de tous les éléments du diagnostic, le médecin parviendra à éviter l'erreur.

On a vu de ces tumeurs pulsatives à l'abdomen très-sensibles à une époque de la journée, cesser de l'être brusquement. *Laennec*, M. *Rostan* en citent des exemples. Il est difficile de prononcer sur leur nature.

3°. *Marche et terminaisons de la maladie.*

La marche des anévrysmes vers une terminaison telle quelle, exige un temps plus ou moins long; de nombreuses circonstances, spécialement celles qui influent sur le mouvement circulatoire, apportent de grandes variations à cet égard. Enfin, dans beaucoup de cas, la maladie ne s'annonce que quand ses progrès sont extrêmement avancés, et alors l'issue est le plus ordinairement et promptement funeste. La rupture de la poche anévrysmale est malheureusement la termi-

noison la plus commune; le sang alors s'épanche dans la poitrine, dans le médiastin ou dans la cavité pleurale (1).

Lorsque l'anévrysme existe à l'origine de l'aorte, dans le point où le péricarde se réfléchit sur elle, le sang peut s'épancher dans la cavité de cette membrane (2).

On a vu l'anévrysme s'ouvrir dans la trachée, et, après avoir pénétré dans ce conduit, arriver secondairement jusqu'à l'œsophage, ou bien sa rupture s'effectuer primitivement dans celui-ci (3).

Elle peut avoir lieu dans le poumon directement. On cite quelques faits qui prouvent que l'anévrysme de la crosse peut encore se rompre dans l'artère pulmonaire. Enfin, après la destruction du corps des vertèbres, le sang a passé dans le canal vertébral. Il est plus rare que les tégumens ulcérés sur la tumeur donnent lieu à l'hémorrhagie; alors il n'est pas impossible d'obtenir encore la guérison. La simple pression sur les poumons et la trachée peut amener la mort; la dysphagie, produite par la même cause, peut entraîner l'inanition (4).

---

(1) Le malade est pris alors de dyspnée subite, qui se convertit promptement en une suffocatiou imminente. Le son de la poitrine devient mat, il y a pâleur, refroidissement, etc.

(2) Le cœur comprimé par le sang épanché ne se meut plus librement, il en résulte des troubles divers, souvent un engourdissement, une sorte de torpeur qui commence par les pieds, s'élève progressivement et a mène la mort. L'hémorrhagie n'est pas abondante.

(3) Quand l'ouverture a lieu dans la trachée, le sang s'échappe par la bouche. Quand elle s'effectue dans l'œsophage, il survient des vomissemens de sang, et si le malade survit quelques jours ou même quelques heures, des selles sanguinolentes.

(4) Les anévrysmes de l'aorte abdominale peuvent s'ouvrir dans l'estomac, la vessie, l'intestin, ou la cavité du péritoine. On les a vus s'ouvrir encore dans le tissu cellulaire sous séreux, le sang épanché avait dédoublé tous les replis du péritoine, d'où résultait une poche dont la transparence avait fait croire au premier abord que le sang était contenu dans la cavité même de cette membrane, et non en dehors.

Les recherches les plus intéressantes sur les terminaisons de l'anévrysme sont celles qui ont rapport au procédé de la nature dans les guérisons spontanées. Ici le mécanisme diffère entièrement de celui qu'on observe dans les anévrysmes des membres. L'aorte ne peut être obstruée à son origine, sans que le cours du sang soit suspendu ; et les faits relatés à l'occasion de l'opération d'*Ast. Cooper* témoignent assez de la gravité de son obstruction dans le reste de son trajet. Ce n'est donc point par l'oblitération de son canal que les anévrysmes de l'aorte guérissent, mais par celle du sac isolément.

C'est parce que l'on avait méconnu ce fait important, que tout anévrysme de l'aorte était réputé incurable, et son traitement purement palliatif. Les observations d'*Hogdson* lui ont prouvé que les ressources de la nature et celles de l'art étaient plus grandes qu'on ne l'avait cru. *Hogdson* insiste sur un point que les pathologistes n'ont pas assez considéré, c'est la formation du coagulum, indispensable pour la guérison de tout anévrysme. Un amas de coagulum peut s'effectuer dans le sac de l'anévrysme de l'aorte, et devenir assez considérable pour interdire entièrement la communication entre sa cavité et celle de l'artère; la largeur du calibre de celle-ci favorise le passage d'une colonne considérable de sang, et le voisinage du cœur fait que l'impulsion communiquée à ce fluide empêche le coagulum de s'étendre : celui-ci se trouve borné au sang que contenait le sac. Si le mouvement circulatoire ne reprend pas une activité considérable, alors le caillot se consolide et acquiert progressivement plus de résistance. Peu à peu l'absorption graduelle de la masse qu'il forme diminue son volume, en même temps qu'elle augmente sa densité. Les parois du sac, en vertu de leur élasticité, reviennent sur elles-mêmes, la tumeur se resserre, et finit par ne plus offrir qu'un nodus plus ou moins gros et très-dur, superposé au vaisseau.

Ce n'est pas seulement dans la conservation de la perméabilité de l'aorte que consiste la garantie de la non interruption du cours du sang. La circulation n'est même pas arrêtée dans les branches collatérales, malgré leur oblitération. En effet, par les anastomoses, ces

branches, au-delà du point obstrué, continuent de recevoir le sang et de le distribuer dans les diverses parties qu'elles sont destinées à alimenter (1).

4°. *Causes des anévrysmes de l'aorte.*

Je ne m'occuperai ici que des causes générales qu'on a signalées comme pouvant produire l'anévrysme de l'aorte.

A l'article de l'*anatomie pathologique*, j'ai déjà exposé toutes les lésions locales qui, en diminuant l'élasticité, et par suite la résistance des parois artérielles, déterminent prochainement sa formation.

Il est extrêmement douteux que des efforts, quelque violens qu'ils soient, puissent produire la rupture de l'aorte, comme on le croit vulgairement, si cette artère est à l'état sain. On le conçoit mieux, dans le cas où une des lésions locales dont elle est susceptible existe : plusieurs observations constatent même que telle a été l'occasion de l'anévrysme. On a signalé les causes morales : il est bien certain qu'une vive impulsion du sang à la suite d'une excitation du cœur par une forte émotion, peut amener la rupture des parois aortiques, si ces parois sont, comme dans le cas précédent, profondément altérées dans leur tissu; mais cette altération préalable est une condition absolue.

Corvisart a signalé l'infection générale par un virus syphilitique, comme une des causes les plus ordinaires de l'anévrysme. *Hodgson* est porté à partager cet avis; mais il est clair qu'encore, dans ce cas,

---

(1) Quoique la mort soit l'événement le plus ordinaire de l'anévrysme de l'aorte thoracique, cependant on possède des exemples de guérison. M. *Petletan*, dans sa clinique chirurgicale, en rapporte un, M. *Roux* un autre, *Hodgson* deux. *Corvisart* a rencontré plusieurs fois sur le contour de l'aorte des tumeurs remplies d'une *matière semblable à celle qu'on trouve dans les anévrysmes*, c'était sûrement des anévrysmes guéris.

la lésion du tissu des parois de l'aorte précède la formation de l'anévrysme (1).

5°. *Traitement.*

Le traitement des anévrysmes de l'aorte ne comporte aucun des moyens directs que la chirurgie oppose aux anévrysmes des membres; il est entièrement médical.

La considération attentive de ce qui se passe, quand la nature seule procède à la guérison, et des circonstances qui favorisent ce travail admirable, a mis sur la voie des moyens à employer, moyens d'ailleurs entièrement destinés à seconder la nature dont l'art, dans cette circonstance comme en tant d'autres, se borne à être l'interprète et le ministre.

Valsalva et *Albertini* ont donné leur nom au traitement que l'expérience a consacré. Le mouvement imprimé au sang par le cœur est non seulement la cause qui produit et entretient l'anévrysme; il est encore celle qui peut produire la rupture. C'est donc à modérer, à réduire, si l'on peut s'exprimer ainsi, le mouvement circulatoire, que doivent tendre tous les efforts du médecin; par là il obtiendra que la tumeur reste d'abord stationnaire, puis d'après une loi physiologique constante, la stase du sang dans le sac entraînera sa coagulation et enfin tous les résultats de cette coagulation, tels qu'ils sont énoncés ci-dessus.

---

(1) Un grand nombre de causes ont été signalées comme pouvant produire les anévrysmes en général, et celui de l'aorte en particulier. Ce que j'ai dit exprime toute ma pensée à cet égard, c'est qu'il faut une lésion préalable de tissu pour que la plupart de ces causes puissent agir; cependant j'indiquerai succinctement celles auxquelles on a accordé le plus d'influence, ce sont : la proximité du cœur et la courbure de la crosse aortique, le rapport disproportionné d'épaisseur des parois avec la capacité du vaisseau, l'usage immodéré du vin et des liqueurs alcoholiques; le coït répété, l'usage des préparations mercurielles; le vice scorbutique, la cachexie cancéreuse; enfin, une disposition générale particulière, désignée sous le nom de *diathèse anévrysmale*, etc.

Les saignées générales répétées, l'abstinence presque complète et le repos absolu forment la base du traitement : c'était tout celui de *Valsalva ;* il affaiblissait ses malades jusqu'à ce qu'ils ne pussent plus tirer la main hors du lit. Alors seulement il suspendait les évacuations sanguines, et augmentait par degrés la quantité des alimens, jusqu'à ce que les forces nécessaires fussent revenues. On peut voir dans *Hippocrate* (*De morbis*, lib. 1, n. 10) un passage qui semble avoir suggéré à *Valsalva* sa pratique. Les saignées, suivant sa méthode, sont répétées plutôt qu'abondantes, et ce n'est qu'en somme que la déperdition devient considérable.

Quelques médecins ont pensé, et M. *Chomel* a professé cette opinion à sa clinique, que l'on arriverait bien plus sûrement au même but, qui est de déterminer la coagulation du sang dans le sac, si l'on arrêtait tout à fait, et coup sur coup la circulation, en portant les saignées très-rapprochées, jusqu'à la syncope; mais il est à craindre que l'accumulation et la stase subite du sang ne produise alors un obstacle insurmontable au moment où le cœur viendrait à reprendre ses fonctions.

Morgagni dit avoir vu ces défaillances entraîner la mort. (Épist. 17, article 32.)

M. *Pelletan* ouvrait la veine sans placer de ligatures ; le sang s'écoulait en nappe.

S'il y a quelques dissentimens sur le mode d'évacuations sanguines, cette évacuation n'en est pas moins un précepte général ; tous les autres moyens ne sont qu'accessoires, et d'une efficacité beaucoup moins constatée.

Pour obvier au danger, quelquefois imminent, des paroxysmes de la dyspnée, *Valsalva* faisait tremper les extrémités dans de l'eau très-chaude.

La digitale, comme moyen de diminuer l'impulsion du sang, par son action spécifique sur la contractilité du cœur, a été suivie de succès dans plusieurs cas qu'*Hodgson* a observés, surtout lorsqu'il y avait en même temps hydropisie.

Les légers purgatifs ont paru utiles dans plusieurs circonstances.

L'application de sangsues sur la tumeur peut devenir nuisible quand les tégumens sont amincis et livides ; elles pourraient accélérer la formation de l'escharre.

De tous les moyens accessoires, le plus digne d'attention, que beaucoup de praticiens ont même préconisé, comme pouvant suffire à lui seul, est l'application de la glace sur la tumeur.

M. *Guérin* de Bordeaux (Recueil périod. de la société de santé de Paris) en a surtout vanté les effets. MM. *Pelletan* et *Ribes* ont cité des succès ; mais, comme le fait observer M. *Breschet*, la glace ne peut convenir dans tous les cas, son action stupéfiante hâterait la gangrène, si les tégumens distendus en étaient menacés. *Hogdson* l'a vue occasioner tant de douleurs, qu'on a été forcé de l'abandonner.

Du reste, par l'application de la glace, on ne se propose pas simplement de déterminer la coagulation du sang, on cherche à obtenir, en outre, le resserrement du sac anévrysmal.

On a encore recommandé les acides pour produire le premier effet ; il est plus que douteux qu'ils jouissent de cette propriété.

La compression est tout à fait contraire ; le soulagement qui survient au moment où les os érodés cèdent à la pression de la tumeur, fait suffisamment connaître tout le danger qu'entraînerait un pareil moyen.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Animadvertendum est etiam quibus semel, aut bis, et quibus pleura vel pauciaura, et per partes exhibenda. Concedendum autem aliquid, et consuetudini, et tempestati, et regioni, et ætati. *Sect.* 1, *aph.* 17.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

III.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ, tùm frigoris, tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

IV.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

V.

In acutis morbis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7 *aph.* 1.

VI.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Ibid.*, *aph.* 14.